Deutscher Bundestag **Drucksache 19/14372**

19. Wahlperiode 23.10.2019

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Katja Kipping, Jan Korte, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau) und der Fraktion DIE LINKE.

Kapitalinteressen in der Gesundheitsversorgung offenlegen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Versorgungsstrukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland werden zunehmend von internationalen Kapitalgesellschaften aufgekauft – weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit. Dadurch ist die ambulante Versorgung akut gefährdet. Dabei spielen Private-Equity-Gesellschaften eine große Rolle. Ihr Geschäftsmodell besteht darin, Unternehmen im Gesundheitssektor zu erwerben und nach wenigen Jahren mit möglichst großem Gewinn wieder zu verkaufen. Sie steigern die Rentabilität durch Unternehmenszusammenlegungen, durch Stellenstreichungen und Lohn-Dumping. Denn eine erhöhte Profitabilität und größere Strukturen maximieren den Wiederverkaufspreis. Ein Interesse an einem längerfristigen Betrieb existiert nicht. Neben Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sind im Gesundheitsbereich von dieser Strategie auch Pflegeheime, Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser betroffen.

Private-Equity-Fonds, häufig mit Sitz in Steueroasen, kaufen über verschachtelte Tochtergesellschaften Krankenhäuser auf, um MVZ gründen zu können. Zum Betreiben dieser MVZ erwerben sie wiederum Arztsitze. So werden aus inhabergeführten Arzt- und Zahnarztpraxen MVZ und aus MVZ werden MVZ-Ketten. Der gute Grundgedanke einer fachübergreifenden Versorgung unter einem Dach droht hier der Rosinenpickerei der lukrativsten Behandlungen zum Opfer zu fallen. Da die Wertschöpfung der Private-Equity-Fonds durch immer weitergehende Konzentration und Konsolidierung erreicht wird, ist auch mit der Integration von anderen Versorgungsbereichen in die entstehenden Strukturen zu rechnen. Die absehbare Folge ist, dass immer größere privatwirtschaftliche Unternehmen Macht im Gesundheitssystem erlangen. Diese Macht verschiebt sich zulasten der Selbstverwaltung und demokratisch gewählter Institutionen. Zudem werden immer mehr Beitragsmittel für private Gewinne zweckentfremdet. Letztlich konzentrieren sich Großinvestoren bereits jetzt auf besonders rentable Versorgungsbereiche und Regionen, wodurch die flächendeckende Versorgung immer schwieriger wird.

Mangelnde Veröffentlichungspflichten, undurchsichtig verschachtelte Konzernstrukturen und Fonds, häufig mit Sitz in Offshore-Finanzplätzen, sind Teil einer

intransparenten Marktsituation, die aus nicht vorhandenen oder unwirksamen gesetzlichen Regelungen resultiert.

Die Bundesregierung verfügt ausweislich der Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. (BT-Drs. 19/5386) über keine Daten über die Anzahl und die Eigentümer von MVZ, die durch eigens zu diesem Zweck aufgekaufte Krankenhäusern gegründet wurden. Ebenso hat sie keine Informationen über Haltedauern, noch kann sie Aussagen über die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf die Versorgungssicherheit oder auf die fachliche Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte machen. Sie plant allerdings auch weder eine verbindliche Meldepflicht für Trägerstrukturen noch weiterreichende Aktivitäten. Die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes verabschiedeten Regulierungen beziehen sich ausschließlich auf die Gründungsmöglichkeit rein zahnärztlicher MVZ und Gründungen durch nichtärztliche Dialysezentren und klammern andere Versorgungsbereiche aus. Die getroffenen Regelungen sind überdies leicht zu umgehen und schaffen keine Transparenz.

Der Expansion von Finanzinvestoren im Gesundheitssektor muss schnellstens entgegengetreten werden. Dazu soll in einem ersten Schritt Transparenz durch die Einführung eines MVZ-Registers geschaffen werden. Private Interessen zur Geheimhaltung von Eigentümerstrukturen haben keinen Vorrang vor dem Gemeininteresse an der demokratischen Gestaltung des öffentlich finanzierten Gesundheitssystems. Eile ist geboten, weil ein Viertel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt ist. Ihre Arztsitze werden in den nächsten fünf Jahren frei und sind bei den Private-Equity-Gesellschaften heiß begehrt. Dadurch werden teilweise exorbitante Preise für Kassensitze gezahlt, die für junge Ärztinnen und Ärzte nicht bezahlbar sind. Diese Entwicklung alarmiert inzwischen auch Ärzte- und Zahnärzteverbände.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der unter Beachtung der folgenden Punkte ein möglichst weitgehend öffentlich zugängliches Register der an der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung teilnehmenden MVZ einführt:

1. Jedem Betreiber eines vertragsärztlich und vertragszahnärztlich tätigen MVZ wird im Rahmen des Betriebs eine halbjährliche Meldepflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder eine seitens des BMG benannte Bundesbehörde für folgende Kennzahlen und Daten auferlegt:
   - Trägerschaft, rechtliche Eigentümer und Eigentümerinnen, wirtschaftlich Berechtigte im Sinne von § 3 Geldwäschegesetz (GwG) sowie eigene Beteiligungen jeweils mit Angabe der entsprechenden Anteilshöhe,
2. Sofern bei 1. eine Beteiligung eines Private-Equity oder eines vergleichbaren Finanzinvestors besteht, sind weiterhin zu melden:
   - Beschäftigtenzahlen nach Berufsgruppen,
   - Anzahl der (Zahn-)Arztsitze,
   - Kennzahlen zum Umfang der Versorgung (z. B. zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. privater Krankenversicherungen getätigter Umsatz; Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten),
   - Rendite und an Eigentümer ausgeschüttete Gewinne,
   - Immobilienbesitz mit Bezug zur Gesundheitsversorgung und Erträge daraus.
3. Die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) übermitteln dem BMG halbjährlich eine

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Liste aller vertragsärztlich und vertragszahnärztlich tätigen MVZ, damit das BMG abgleichen kann, ob alle Meldungen nach 1. und 2. erfolgt sind. Verstöße der MVZ gegen die Meldepflicht meldet das BMG der zuständigen KV bzw. KZV; diese hat dann zunächst zu mahnen und die Informationen einzufordern. Wenn die Meldung auch dann nach angemessener Zeit nicht erfolgt, sind Regresse zu verhängen, im fortgesetzten Wiederholungsfall hat die KV bzw. KZV dem MVZ die Zulassung zu entziehen. Damit liegen im Ergebnis die sensiblen Daten im Sinne einer Datensparsamkeit nur dem BMG, nicht aber den KVen und KZVen vor. Die Sanktionierung erfolgt aber über die KVen und KZVen. Die MVZ haben grundsätzlich die Pflicht zur Einholung meldepflichtiger Informationen auch bei ihren Eigentümern. Diese sind weitestgehend zur Herausgabe zu verpflichten.

4. Die Bundesregierung berichtet dem Bundestag halbjährlich; dieser veröffentlicht die Berichte in einer öffentlichen Drucksache. Dabei sind die Datensätze grundsätzlich vollständig zu übermitteln; nur soweit verfassungsrechtliche Gründe einer Veröffentlichung der individuellen Daten entgegenstehen, berichtet das BMG dem deutschen Bundestag in aggregierter Form. Alle diese dem Bundestag mitgeteilten Daten sind zusätzlich in geeigneter Form (u. a. Datenbank; open format) auf dem Internetauftritt des BMG zu veröffentlichen.
5. Die Bundesregierung setzt sich für eine europäische Unterstützung einer durch die Mitgliedsstaaten getroffenen Veröffentlichungspflicht von Eigentümerstrukturen in den Gesundheitssystemen ein, die bewirken soll, dass Eigentümer und wirtschaftlich Berechtigte, die ihren Sitz in anderen Mitgliedsstaaten haben, der Veröffentlichungspflicht in dem Mitgliedsstaat am Ort der Leistungserbringung nachkommen müssen.

Berlin, den 22. Oktober 2019

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Da die Aufrechterhaltung der ambulanten Gesundheitsversorgung von besonderen öffentlichen Interesse ist, darf sie nicht Unternehmen überlassen werden, deren Geschäftszweck nicht im dauerhaften Betrieb der Einrichtungen besteht. Eine Voraussetzung für die dauerhafte Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen ist also die Kenntnis über deren Träger- und Eigentumsverhältnisse. Deshalb muss als erster Schritt ein öffentlich zugängliches MVZ-Register etabliert werden.

Ziel der Regelung ist die Sicherstellung der Qualität und der Steuerbarkeit der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung und die Verhinderung einer Anbieterdominanz durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) in Trägerschaft weniger Krankenhäuser mit wenigen Eigentümern. Hintergrund sind bereits bestehende Konzentrationsprozesse, denen rechtzeitig entgegengewirkt werden soll.

Die Geschäftsaktivität von Private-Equity-Gesellschaften auf dem deutschen Gesundheitsmarkt hat vor allem in den vergangenen eineinhalb Jahren stark zugenommen. Dies hat eine intensive öffentliche Diskussion zu den Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung und auf die mit der zunehmenden Marktmacht verbundene Einschränkung der Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten sowie auf die Versorgungssicherheit, auf die Unabhängigkeit und die Weisungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte ausgelöst. Vor diesem Hintergrund hat die

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Bundesregierung bereits im Rahmen der Antwort auf die Kleine Anfrage BT-Drs. 19/4926 erklärt, die Entwicklungen der Übernahme von MVZ durch Finanzinvestoren zu beobachten und zu prüfen, inwieweit es weiterer Maßnahmen bedarf (vgl. BT-Drs. 19/5386). Dazu fehlen ihr aber grundlegende Daten.

Es besteht die wissenschaftlich begründete Erwartung, dass sich die Zahl der MVZ im Eigentum von Beteiligungsgesellschaften bei dem gegenwärtigen Wachstumstempo der Ketten in der Hand von Private-Equity-Gesellschaften bei ungehinderter Fortentwicklung in naher Zukunft weiter massiv erhöhen wird. So sind von den derzeit mindestens sieben zahnmedizinischen Unternehmensketten drei Unternehmensgruppen allein im Jahr 2018 dem Markt beigetreten (zu alledem vgl. Scheuplein, Ch., Evans, M., Merkel, S. (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitswesen: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Discussion Paper 19/01, Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule; ausgehend von zehn Unternehmensgruppen KZBV, Fremdinvestoren im Bereich zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren, Stand 18. Dezember 2018). Von 2013 bis 2018 gab es 32 Buyouts in der Zahnmedizin, 34 Buyouts in der Humanmedizin.

Mit dem Ziel der Erreichung nennenswerter Marktanteile verfolgen sämtliche Private-Equity-Ketten ihre auf kurzfristige Gewinne angelegten Geschäftsmodelle (buy and build, exit) bislang hauptsächlich über den Erwerb von Krankenhäusern als Träger für den Kauf von MVZ, die nur im Ausnahmefall einen fachlichen Bezug zum erwerbenden Krankenhaus haben. Dabei werden MVZ überwiegend in Großstädten und Ballungsräumen gekauft und gegründet.

Nach den gesetzlichen Vorgaben ist die Gründung eines MVZ lediglich für einen begrenzten Kreis von Leistungserbringern möglich, zu dem auch die zugelassenen Krankenhäuser zählen. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) hat der Gesetzgeber die unternehmerische Betätigung von Investoren ohne fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung begrenzt, indem er die Berechtigung zur Gründung von MVZ für solche Leistungserbringer ausgeschlossen hat, die von Investoren allein mit dem Ziel aufgekauft worden waren, die Gründungsvoraussetzungen für MVZ zu erfüllen (vgl. Begründung zum Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, BT Dr. 17/6906, Seite 70). Die aktuelle Entwicklung zeigt, dass dieses gesetzgeberische Anliegen bislang nur unvollkommen umgesetzt ist, weil für Private-Equity-Gesellschaften nach wie vor die Möglichkeit besteht, durch den Erwerb zugelassener Krankenhäuser eine MVZ-Gründungsberechtigung zu erhalten.

Aufgrund der rein renditeorientierten Motivation von Private-Equity-Gesellschaften besteht die begründete Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von versorgungsfernen Zielvorgaben stärker beeinflusst werden. Insoweit zeigt auch die Analyse des Abrechnungsverhaltens in sog. Investor-MVZ deutliche Hinweise auf eine renditeorientierte Leistungserbringung, die bei der rückläufigen Entwicklung der Morbidität im zahnmedizinischen Bereich nicht erklärbar und auch mit dem Abrechnungsverhalten sonstiger Leistungserbringer nicht in Einklang zu bringen ist. So lagen etwa im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung die abgerechneten Punktmengen je Fall im Abrechnungszeitraum 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2018 nach den Abrechnungsanalysen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bei den Investor-MVZ (121,77) weit über den Punktmengen der Einzelpraxen (86,20). Selbst gegenüber den Berufsausübungsgemeinschaften (90,93) und den nicht-investorgesteuerten MVZ (107,77) waren die Punktmengen der Investor-MVZ deutlich erhöht. Auch im Bereich der Zahnersatzleistungen lag das zahnärztliche Honorar je Fall in dem genannten Abrechnungszeitraum in den Investor-MVZ (435,99) deutlich höher als das Honorar von Einzelpraxen (290,67) und abermals deutlich über dem Honorar der Berufsausübungsgemeinschaften (299,06) und der nicht-investorgesteuerten MVZ (385,74).

Die hieraus abzuleitenden Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung in Investor-MVZ werden bestätigt durch Erfahrungen aus dem europäischen Ausland.

Vor diesem Hintergrund ist es staatliche Aufgabe, die Situation im Blick zu halten. Dazu ist es notwendig, die dazu relevanten Daten zu erheben und öffentlich zu diskutieren, um daraus nach einem öffentlichen Meinungsbildungsprozess die geeigneten Maßnahmen abzuleiten. Aufgrund der Dynamik der Prozesse erscheint eine halbjährliche statt einer jährlichen Berichtspflicht angebracht.

Regelungsalternativen zur gleichwertigen Erreichung der genannten Regelungsziele (Transparenz über die Entwicklung von Anbieterdominanz, über das Maß der Erreichung einer ausgewogenen und flächendeckenden Versorgung, über mögliche großflächige Fehlversorgung, über den Abfluss von Beitragsmitteln an Kapitalgesellschaften) sind nicht ersichtlich. Insbesondere gegenüber einem vollständigen Ausschluss der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser erweist sich die reine Datenerhebung als milderes Mittel.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.